**Al Comune di Castellammare di Stabia**

Ufficio di Piano

Ambito N27

**OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ E DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000 ATTESTANTE I DATI RELATIVI ALL’ENTE PRESTATORE E AL SERVIZIO EROGATO**

Il/la sottoscritto/a…………………………………nato/a…………………………………….........

………………………Provincia………………………….il……………………………………..

………………………residente in…………………Provincia……..…………………………….. invia/piazza……………………………..n…………………cap………… codice fiscale ……… …………………………………………….documento di riconoscimento………………………. n…………………………………………..rilasciato da …………………………in data ………..

………………………………………………

**In qualità di legale rappresentante** della………………………………………………………

avente sede legale in ……………….Provincia……………………………….via/piazza………..

……..n…………………codice fiscale………………………………………………………… P.IVA……………..Telefono……………………………………………………………………...

e-mail…………………………………………………….PEC……………………………………

…………………………………………………………………….

Quale ente prestatore autorizzato e/o accreditato per l’erogazione del servizio ………………….

……………………………………………………giusto provvedimento di autorizzazione/

accreditamento n.………………emesso in data……………………………dall’Ambito N.27.

(*specificare se trattasi di provvedimento di autorizzazione o di autorizzazione e accreditamento)*

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

**I SEGUENTI DATI IDENTIFICATIVI DELL’ENTE PRESTATORE IN CORSO DI VALIDITA’**

CODICE FISCALE E/O PARTITA IVA…………………………………………………………

FORMA GIURIDICA DELLA SOCIETA’……………………………………………………...

DENOMINAZIONE……………………………………………………………………………...

SEDE LEGALE ………..INDIRIZZO…………………………………………………………...

COMUNE……………………………….. CAP………………………………………………… PROVINCIA…………………………………………… TELEFONO…………………………

EMAIL………………………………. PEC………………………..…………………….. SITO WEB………………………………………………………………………………………………

LEGALE RAPPRESENTANTE ………………………… CODICE FISCALE………………..

COGNOME………………. NOME…………………………………………………………….

**I SEGUENTI DATI IDENTITICATIVI DEL SERVIZIO ALLO STATO ATTUALE**

TIPOLOGIA SERVIZIO…………………………………………………………………………

DENOMINAZIONE STRUTTURA/SERVIZIO…………………………………. …………….

SEDE SERVIZIO………………………………………………………………………………...

CAP SEDE SERVIZIO…………………..

PROVINCIA……………………………………….. TELEFONO SEDE SERVIZIO…………

FAX SEDE SERVIZIO……………………………………..

**DICHIARA, ALTRESÌ, CHE:**

* nel corso dell’anno non sono avvenute modifiche nell’erogazione del servizio rispetto a quanto dichiarato in sede di autorizzazione/ accreditamento;
* non sono state apportate modifiche strutturali (per i servizi residenziali/semiresidenziali);
* non è cambiata la sede legale e/o il personale adibito;

**IN CASO DI MODIFICHE DEL SERVIZIO E NELLA SUA EROGAZIONE**

**(***indicarle nell’apposito riquadro*)

**N.B. Le modifiche avvenute nel corso dell’anno e dichiarate saranno oggetto di approvazione dalla Commissione all’uopo preposta).**

**DICHIARA**

di essere informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

-Allega copia carta d’identità del legale rappresentante

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_